

Influência de fatores sóciofamiliares no desenvolvimento da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

Benefícios do Treino Parental

Autor: Catarina Rodrigues Morais Magalhães da Fonseca

Artigo de revisão bibliográfica de candidatura ao grau de Mestre em Medicina submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto

Orientador: Paula Maria Figueiredo Pinto de Freitas

Professora Auxiliar do ICBAS – UP

Porto, Junho de 2017

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Artigo de Revisão Bibliográfica

TÍTULO

**Influência de fatores sóciofamiliares no desenvolvimento da Perturbação de
Hiperatividade com Défice de Atenção**

Benefícios do Treino Parental

ESTUDANTE

Catarina Rodrigues Morais Magalhães da Fonseca

Estudante do 6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina

Nº de aluno: 201001274

Endereço eletrónico: catarinamoraisfonseca@gmail.com

ORIENTADOR

Paula Maria Figueiredo Pinto de Freitas

Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Porto

Professora Auxiliar do ICBAS – UP

Endereço eletrónico: pmfreitas@icbas.up.pt

AFILIAÇÃO

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº 228, 4050-313 Porto, Portugal

Porto, Junho de 2017

*"Não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade
do que a forma como esta trata as suas crianças."*

Nelson Mandela

ÍNDICE

Resumo / Abstract	4
Introdução	5
Metodologia de trabalho	8
Influência do contexto sóciofamiliar	9
Influência das práticas educativas parentais	11
Intervenções psicossociais e modificação dos estilos educacionais	13
Programas de formação dos pais (treino parental)	16
Conclusão	19
Referências Bibliográficas	20
Anexos	26

RESUMO

Introdução: A Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (PHDA) é uma das patologias psiquiátricas mais frequentemente diagnosticadas na idade pediátrica e o mais comum distúrbio do neurodesenvolvimento da infância, persistindo na idade adulta em cerca de 15-50% dos casos; dela resulta um importante impacto no desempenho social, académico e ocupacional do indivíduo. Crê-se que decorre da interação de fatores de risco ambientais e psicossociais assim como da vulnerabilidade genética individual, pelo que a generalidade das guidelines propõe um tratamento multimodal com associação de terapêuticas psicossociais e farmacológicas. **Objetivos:** O intuito desta revisão prende-se com a exploração dos fatores de risco associados ao desenvolvimento ou agravamento sintomatológico da PHDA e pretende enfatizar os fatores psicossociais e familiares, nomeadamente o impacto dos estilos parentais e práticas educativas, no neurodesenvolvimento destas crianças. A análise a ser realizada nesta revisão será, por isso, focada na importância de terapêuticas não farmacológicas, explorando a eficácia das intervenções psicossociais com particular atenção ao treino parental. **Desenvolvimento:** Contextos familiares adversos, acontecimentos de vida stressantes, assim como estilos parentais extremistas e negligentes, associados à influência dos aspetos emocionais da relação entre pais e filhos condicionam um desenvolvimento precoce e/ou perpetuação dos sintomas. **Conclusões:** A intervenção precoce sob a forma de formação dos pais parece otimizar a prática parental e assim contribuir para a melhoria do prognóstico da doença com redução nos sintomas de PHDA e nos níveis de stress familiar.

Palavras-chave: PHDA, crianças, parentalidade, treino parental, intervenção psicossocial

ABSTRACT

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most frequently diagnosed psychiatric disorders in the pediatric age group and the most common neurodevelopmental disorder in childhood, persisting in adulthood in about 15-50% of cases; it causes significant impact on the individual's social, academic and occupational performance. It is believed that it results from the interaction of environmental and psychosocial risk factors as well as the individual genetic vulnerability, and therefore the generality of the guidelines proposes a multimodal treatment with the association of psychosocial and pharmacological therapies. **Objectives:** The purpose of this review is to explore the risk factors associated with the development or worsening of this disorder and to emphasize the psychosocial and family factors, namely the impact of parental styles and educational practices on the neurodevelopment of these children. The analysis to be carried out in this review will therefore focus on the importance of non-pharmacological therapies, exploring the effectiveness of psychosocial interventions with particular attention to parental training. **Development:** Adverse family contexts, stressful life events, as well as extreme and neglectful parenting styles, associated with the influence of the emotional aspects of parent-child relationship, condition an early development and / or perpetuation of symptoms. **Conclusions:** Early intervention in the form of parent training seems to optimize parental practice and thus contribute to the improvement of the prognosis of the disease with a reduction in symptoms of ADHD and levels of family stress.

Key-words: ADHD, children, parenting, parent training, psychosocial intervention

INTRODUÇÃO

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) define-se como uma perturbação do neurodesenvolvimento da qual decorrem dificuldades académicas, comportamentais e sociais que frequentemente persistem até à idade adulta ¹. Manifesta-se clinicamente pela persistência de uma tríade clássica de desatenção, hiperatividade e impulsividade com implicações no desenvolvimento da criança ². Este padrão comportamental deve ter um início precoce na infância e ser transversal a diversos contextos (casa, escola...). Na população geral, a prevalência estimada da PHDA em crianças é de cerca de 5% em todo o mundo ³, sendo o sexo masculino preferencialmente afetado ^{2 4} num rácio de 2:1.

Embora a conceptualização e diagnóstico da PHDA sejam atualmente questões controversas, até dentro da comunidade científica, esta não é uma polémica contemporânea. Durante grande parte do século passado, muitos termos foram utilizados para definir a perturbação hoje conhecida como PHDA; entre eles, estão "lesão cerebral mínima", "disfunção cerebral mínima", "hipercinésia" ou simplesmente a "síndrome de criança hiperativa". Foi descrita nos dois sistemas de classificação de doenças internacionalmente reconhecidos, DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) da Associação Americana de Psiquiatria e o CID (ICD - International Classification of Diseases) da Organização Mundial de Saúde; o DSM na sua terceira edição (1980) introduziu o termo "Distúrbio de défice de atenção com ou sem hiperatividade"; outro sistema de diagnóstico de relevância, o ICD-10 (International Classification of Diseases 10th Revision), apresenta o termo "perturbações hipercinéticas" referindo-se a um conjunto de doenças de início precoce caracterizadas por uma perturbação da atividade e atenção com ou sem distúrbio comportamental.

Certamente que registos históricos de comportamentos intrínsecos à PHDA requerem contextualização e não pode a análise considerar as descrições médicas isoladamente; há que atentar, por exemplo, ao contexto educacional, particularmente na segunda metade do século XVIII e à definição da criança como um indivíduo com os seus próprios direitos também durante este século, não esquecendo que só durante o século XIX a escolaridade passou a ser obrigatória na maioria das escolas. Conquanto os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade não sejam patognomónicos desta perturbação, a apresentação característica nos registos clínicos de Thomas Clouston, Heinrich Neumann e outros, mas principalmente George Still, publicadas no decorrer do século XVIII, parece típica da doença atualmente conhecida como PHDA, e concordante com a atual investigação neurobiológica.

Sir George Frederic Still, por exemplo, foi reconhecido pelo registo de uma doença crónica comum em crianças, atualmente denominada "doença de Still", quando descreveu um grupo de 43 crianças, relatando que seriam portadoras de um "defeito anómalo do controlo moral", comportando-se de forma frequentemente agressiva, desafiadora e resistente à disciplina; identificou dificuldades de concentração e atenção e uma incapacidade de apreender as consequências efetivas dos seus atos. Este relato é genericamente reconhecido como o ponto de partida científico da história da PHDA ⁵.

Recomendações da Academia Americana de Pediatria (APA) sugerem o diagnóstico de qualquer criança ou adolescente com dificuldades académicas e um padrão comportamental de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade. Em Portugal o diagnóstico pode ser estabelecido por equipas multidisciplinares que incluam a pediatria do desenvolvimento e a pedopsiquiatria mas também a psicologia clínica ⁶.

O diagnóstico da PHDA é feito geralmente durante os primeiros anos que se seguem ao início da atividade escolar, sendo frequentemente notados os primeiros sinais e sintomas pelos pais e professores no contexto da sala de aula. Baseia-se essencialmente em critérios clínicos, sendo sustentado em critérios comportamentais ¹ e uma vez não existindo qualquer teste que faça o diagnóstico definitivo da PHDA, é o DSM a principal referência internacional e consensual para a sua classificação ⁶ (anexo 1). Este processo deve ser acompanhado por uma avaliação clínica e frequentemente neuropsicológica, com o intuito de objetivar e caracterizar o nível individual de funcionamento cognitivo.

O aumento da incidência da PHDA levanta a possibilidade da existência de sobrediagnóstico ⁷, apesar de não existir atualmente evidência ou estudos suficientes sobre esta temática que o comprovem. É possível fazer este diagnóstico a partir de idades muito precoces, motivo pelo qual parece questionável rotular como hiperativas crianças em início de idade escolar, com base apenas na alteração de rotinas de sono e trabalho. Além disso, múltiplos fatores sociofamiliares são condicionantes de um padrão comportamental que pode ser marcado pela falta de atenção e pelo excesso de atividade, o que pode ser facilmente confundido pela clínica que define a PHDA ⁶.

Apesar de ser um dos distúrbios psiquiátricos mais amplamente estudados, a fisiopatologia subjacente permanece mal compreendida ^{8 9 10}. A hereditariedade da PHDA é uma questão importante a considerar uma vez que apoia a sua base genética; estudos realizados apontam para uma probabilidade de até 35% de familiares diretos de crianças afetadas desenvolverem a doença. O risco para os irmãos rondará os 32%. Para a descendência de progenitores com PHDA, a probabilidade aumenta até mais de 50% ¹¹.

Os mecanismos fisiopatológicos que resultarão da interação entre os fatores genéticos e o ambiente em que a criança se insere e o seu papel no desenvolvimento da PHDA estão ainda por compreender. Todavia, estudos sugerem que possa existir envolvimento da neurotransmissão dopaminérgica e serotoninérgica; a descoberta de um mecanismo único potencialmente na base da PHDA foi enfatizada por registos de associação desta com um gene transportador de dopamina e variações dentro do gene do receptor D4 (DR4), encontrados em amostras de crianças afetadas e envolvidos na neurotransmissão dopaminérgica ^{9 12 13 14}. Tais evidências foram consolidadas pelos alvos terapêuticos dos psicofármacos comumente usados no tratamento da PHDA ¹⁵. De facto, drogas dopaminérgicas como o metilfenidato são clinicamente eficazes no tratamento dos problemas centrais associados à PHDA ⁹.

Os psicoestimulantes são o tratamento padrão farmacológico da PHDA porque suprimem os sintomas centrais e promovem melhorias comportamentais, de aprendizagem, do funcionamento executivo e das interações sociais. Apesar destes ganhos, o uso de psicoestimulantes em crianças continua a ser controverso e é limitado por altas taxas de descontinuação. O facto de existirem preocupações associadas aos efeitos destas drogas, particularmente se utilizadas em idades muito precoces, fez com que se ponderasse o seu risco-benefício e, frequentemente, se considerasse que as consequências a longo prazo ultrapassassem os seus efeitos terapêuticos ¹⁶.

Entretanto, diversos outros fatores biológicos e ambientais terão sido associados à PHDA, parecendo condicionar um risco aumentado para o desenvolvimento da perturbação e correlacionar-se positivamente com uma maior severidade dos sintomas, assumindo que esta se comporte como uma doença multifatorial para a maior parte dos indivíduos afetados ¹⁵. Esta multifatorialidade sugere que a PHDA se desenvolva principalmente a partir da interação gene-

ambiente, fazendo suspeitar uma suscetibilidade individual passível de ser influenciada pelo contexto em que a criança se insere.

Circunstâncias pré-natais, como a exposição materna ao fumo do tabaco^{10 17 18 19 20 21 22}, o baixo peso ao nascimento^{10 23}, a idade precoce dos pais à altura da gravidez²⁴ e mesmo a exposição a toxinas e componentes da dieta e até défices nutricionais^{25 23 15 2 11 10 11 17 22} foram associados a um maior risco de desenvolvimento da perturbação ou agravamento dos sintomas, sendo a sua evicção muitas vezes capaz de melhorar o prognóstico destas crianças^{10 26}.

Igualmente necessário discutir, e alvo de muito menos estudo, é o papel dos fatores sociofamiliares, das práticas educativas e do contexto relacional entre a criança com PHDA e os seus pais, também eles com o seu próprio estilo educacional, na perpetuação deste padrão de comportamento.

Apesar das robustas bases biológicas da PHDA, as características parentais mostram ser importantes influências na progressão da PHDA e ainda que por si só não alterem a sua gravidade, parecem evitar o agravamento das dificuldades comportamentais a longo-prazo²⁷.

Esta revisão propõe-se a debater a relação entre os fatores sóciofamiliares e a PHDA quer pelo impacto que os fatores sóciofamiliares terão no desencadeamento e perpetuação da PHDA, enfatizando que determinado tipo de estilos parentais e práticas educativas acarta um pior prognóstico da PHDA, quer pelo efeito da criança com PHDA nas interações familiares e na dinâmica familiar. Salientará, assim, a necessidade da implementação de intervenções psicossociais sublinhando a intervenção no contexto familiar e educacional da criança, de modo a que se privilegie a saúde mental de todos os elementos do núcleo familiar e da própria criança.

METODOLOGIA DE TRABALHO

Esta revisão teórica foi alicerçada em pesquisas nacionais e internacionais, obtidas por meio da PubMed, SciELO e em livros sobre o tema.

Foram privilegiados os estudos recentes desenvolvidos nos últimos 5 anos, sendo que, se alargou a pesquisa aos últimos 10 anos quando os estudos se mostraram relevantes para o tema em questão.

Foram favorecidos os estudos de crianças em idade pré-escolar e escolar e analisadas revisões de literatura e bibliográficas consideradas pertinentes.

As pesquisas foram realizadas em inglês e obtidas através da associação das seguintes palavras-chave: ADHD, children, parenting, parent training, psychosocial intervention

INFLUÊNCIA DO CONTEXTO SÓCIOFAMILIAR

No que concerne ao ambiente sóciofamiliar, note-se que, para além da importância do seu estudo para fins etiológicos, pode este ser também preditor da persistência da doença e, assim, da morbilidade a longo prazo ²⁸.

Parece muito provável que determinado tipo de práticas parentais e educativas alterem a evolução da PHDA, exacerbem a sua sintomatologia e possam mesmo influenciar a coexistência ou surgimento concomitante de outras patologias psiquiátricas ²⁹.

Evidências sugerem que os pais das crianças com PHDA tendem a ser mais críticos com os seus filhos, menos compensadores e pouco capazes de responder às solicitações da criança, comparativamente a pais de crianças sem PHDA. Além disso, o grau de disfunção parental parece estar correlacionado com a presença e gravidade de distúrbios disruptivos relacionados à PHDA, como o Distúrbio Obsessivo-Compulsivo ³⁰. Outros estudos apontam para que a incompetência parental possa exacerbar a incapacidade de autocontrolo das crianças e contribuir para o surgimento de distúrbios complementares que pioram a perturbação de base.

Foram identificados ambientes sociofamiliares associados frequentemente à PHDA sendo os achados sobreponíveis na maior parte dos estudos; em grande parte dos casos, parecem ser contextos adversos, com maior dificuldade socioeconómica ³¹, baixo grau académico dos progenitores, prática de maus tratos e vitimização entre pares, e relações negativas mãe/filho. É de realçar que nenhum destes fatores foi designado como causa definitiva ¹⁰.

Do mesmo modo, a falta de apoio social, acontecimentos de vida stressantes e uma gravidez conturbada correlacionaram-se com a PHDA, mostrando que a agregação destes fatores é particularmente significativa no surgimento da doença ³². Outros fatores de risco familiares foram associados expressivamente a distúrbios mentais na infância, como os conflitos conjugais, elevado número de elementos da mesma família em coabitação, criminalidade paterna e distúrbios psiquiátricos maternos ^{28 33}. Efetivamente, a presença de patologia psiquiátrica nos pais parece uma condicionante clara nas crianças com PHDA, frequentemente mais prevalente nas mães destas crianças ³⁴.

Num estudo que teve por base os diversos estilos parentais dos pais de crianças com PHDA, a negligência, caracterizada pela falta de atenção e afeto assim como de cuidados básicos, foi relatada na maioria dos casos. A privação e negligência severa e precoce numa amostra de crianças romenas órfãs no Reino Unido condicionou um padrão comportamental de desatenção e hiperatividade específico desta privação ^{10 23}. O abuso físico (descrito como o uso de castigos corporais como forma de disciplinar o comportamento infantil) fez com que a criança se comportasse de forma coerciva com os seus pares ³⁵ e estilos parentais negligentes foram também associados a um risco aumentado de ideação suicida na adolescência em crianças com PHDA ³⁶.

Parece existir uma clara associação entre a PHDA e baixa autoestima dos progenitores e pobre ligação emocional com vinculação pai-filho disfuncional ^{37 38}. Quando são tidas em conta as respostas dadas pelas próprias crianças com PHDA, estas reportam menor qualidade de vida (pouco tempo de atividades familiares de lazer e parca ligação emocional pai-filho), maiores índices de patologia depressiva e ansiosa nos progenitores assim como estilos educativos hostis e práticas punitivas nas famílias onde se inserem ^{28 39 40 41 42 43 44}. Estilos maternos autoritários reforçaram estes resultados, com um aumento de relatos por parte de crianças com PHDA de

ambientes familiares pouco calorosos, mães menos afetuosas e carência de apoio familiar na resolução de problemas ⁴⁵.

Estudos interculturais na América do Norte demonstraram que a diminuição do número de crianças com PHDA em populações com origem europeia (quando comparados com populações afro-americanas e sul-americanas) se devia a um estilo parental mais tolerante, com uma abordagem familiar mais calorosa mas também menor poder de assertividade contrastante com práticas educativas mais autoritárias ⁴⁶.

Sabe-se que, na maioria dos casos, os sintomas diminuem com a transição para a adolescência e idade adulta. O criticismo parental e características dos progenitores similares às supradescritas podem esclarecer o facto de a remissão dos sintomas ser menos provável-nestes contextos familiares ⁴⁷.

Ambientes familiares pouco estimulantes e excessivamente controladores, que não promovam comportamentos de autonomia, revelaram ser determinantes no aumento da ansiedade nestas crianças ⁴⁸ podendo mesmo fomentar atitudes de violência ou bullying por parte delas para com os seus pares ⁴⁹. Por outro lado, pais altamente permissivos condicionarão um aumento do risco de lesões por acidente em crianças com PHDA. ⁵⁰ Este risco também se verificou aumentado em crianças cujos pais eram pouco afetuosos ⁵¹. Não podemos deixar de interrogar-nos em que medida a permissividade excessiva dos pais estará associada a algum desinteresse ou pouco envolvimento emocional nos filhos.

De maneira consistente, um seio familiar caracterizado pela interajuda e apoio entre os seus elementos mostrou ser determinante na redução dos sintomas de hiperatividade e impulsividade bem como menor dificuldade nas relações interpessoais, em crianças com PHDA ⁵² mas também em irmãos sem a perturbação, inseridos no mesmo contexto ⁵³. Foi também sugerido que um ambiente estimulante pode até ser benéfico contra deficiências cognitivas ¹⁶.

Resumidamente, mostra-se evidente que estilos parentais mais radicais, seja pelo exagerado autoritarismo ou pela excessiva permissividade, sem nunca descurar a influência dos aspetos emocionais da relação entre pais e filhos e da própria perturbação, também ela impactante na conduta dos próprios pais, condicionam um desenvolvimento precoce e/ou perpetuação dos sintomas.

A alteração da conduta das práticas educacionais, a modificação do estilo educativo e o fortalecimento do sentido de competência destes pais pode, portanto, traduzir-se numa prática parental mais eficiente.

INFLUÊNCIA DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS

O impacto das interações familiares no comportamento das crianças bem como a influência do padrão comportamental da criança com PHDA na dinâmica da sua família estão bem documentados em vários estudos. A maneira como uma criança se comporta pode influenciar a adoção de um determinado estilo parental, assim como certas práticas educativas podem ter uma influência negativa a curto e longo prazo sobre o comportamento da criança ⁴⁰. As vantagens da formação parental em pais de crianças com PHDA é sugerida por vários estudos que demonstram que também estes pais experimentam altos níveis de stress e falta de confiança nas suas competências parentais ⁵⁴.

Educar uma criança é uma jornada exaustiva e emocional que abarca sentimentos de culpabilização, desesperança e frustração nas diferentes fases deste processo. A PHDA manifesta-se frequentemente como fator desestabilizador da harmonia familiar com a vida quotidiana ocupada por rotinas e estratégias estruturadas para superar os desafios diários da criança.

As interações familiares de pais e crianças com PHDA são, não raras vezes, marcadas por conflitos que alteram a qualidade de vida de todos os membros da família ⁵⁵. Estes pais descrevem geralmente um baixo nível de autoestima e culpabilização pelo comportamento da criança, comportamento que frequentemente atribuem à própria incompetência e incapacidade de responder às necessidades da criança. Entretanto, também comumente percebem o seu filho como desobediente e inoportuno, com dificuldades marcadas na adaptação ao ambiente onde se insere e convive com os seus pares, muitas vezes sentindo que ficam aquém das expectativas que para ele foram formuladas ²⁷.

O papel educacional dos pais de crianças com PHDA reveste-se de dúvidas e hesitações; no caso particular da PHDA, pelo quadro de sintomas característico, a intervenção disciplinar parental é, geralmente, mais intempestiva. Os pais respondem mais frequentemente com atos hostis e conduzem naturalmente uma educação acentuadamente coerciva, física e/ou verbalmente ⁵⁶.

Porque esta tarefa educacional é altamente consumidora de tempo, muitas vezes estes pais não são capazes de passar tempo de qualidade com os outros filhos e mesmo com os seus cônjuges ⁵⁷. A relação entre os elementos da família é frequentemente caracterizada por tensão, ressentimento e agressividade entre os seus membros; os pais chegam a considerar voluntárias as ações da criança, o que deteriora ainda mais a interação entre ambos ⁵⁸. A relação do casal é inevitavelmente lesada pela presença da criança com PHDA e prejudicada pelo sentimento de culpabilização mútua pelos seus comportamentos.

Os pais destas crianças são também constantemente confrontados com a estigmatização por parte da família, amigos, sociedade, o sistema de saúde e a escola. Aliás, diversas mães relatam ter sido censuradas e criticadas pelo simples facto de terem um filho com PHDA ⁵⁹.

A criança com PHDA condiciona nos pais um stress superior em comparação a pais de crianças com patologias médicas crónicas e défices do desenvolvimento ⁵⁵. Estudos indicam que o diagnóstico de PHDA acarreta repercussões significativas na autoestima parental e no seu bem-estar psicológico, e que estas consequências se correlacionam com o agravamento da doença, afetando sobremaneira a qualidade de vida global destes pais ⁵⁵. Existe evidência de aumento na incidência de perturbações do sono ⁵⁶, depressão e conflitos conjugais que variadas vezes culminam em divórcio.

A ineficácia do controlo sobre este padrão comportamental é muitas vezes limitadora da vida social familiar, condicionando o isolamento destes pais, até pela necessidade e atenção acrescida que estas crianças exigem ⁶⁰ e pela imprevisibilidade dos seus atos (que conduz a um estado de alerta persistente) ⁶¹.

As abordagens e reações parentais a crianças com PHDA são também influenciadas por fatores culturais. Por exemplo, mães japonesas e chinesas são tendencialmente mais sensibilizadas em relação ao comportamento infantil, antecipando desvios no padrão comportamental que assumem como aceitáveis; vivem em culturas onde a harmonia familiar é altamente valorizada e, em geral, as suas expectativas são de que os seus filhos responderão com respeito aos mais velhos e consideração pelo bem geral da família. Em comparação, as mães em contextos culturais ocidentais geralmente não esperam este tipo de atitude mas, paradoxalmente, reagem mais intensamente quando surge um problema ⁶².

Ser pai ou mãe de uma criança com PHDA, é, por todos estes motivos, muitas vezes percecionado como um "fardo" ⁵⁹.

Todo este contexto relacional assume um papel preponderante na qualidade de vida global destas famílias e traduz a dificuldade de adaptação parental ao comportamento da criança. É neste sentido que se estabelece a necessidade e premência da otimização destas interações através da intervenção precoce e o apoio focalizado no contexto familiar.

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS E MODIFICAÇÃO DOS ESTILOS EDUCACIONAIS

Embora o tratamento de crianças com PHDA se baseie numa abordagem multimodal, combinando medicação com intervenções psicológicas específicas, a farmacoterapia isolada é geralmente considerada um componente essencial e economicamente eficaz ⁶³, sendo os fármacos estimulantes os mais amplamente utilizados. A atomoxetina surgiu como o primeiro fármaco não estimulante aprovado no tratamento da PHDA e é indicada como terapêutica de segunda linha particularmente vantajosa nos casos não responsivos ou intolerantes à medicação estimulante ⁶⁴.

A eficácia dos psicofármacos sobre a tríade sintomática da PHDA está perfeitamente demonstrada na literatura ^{65 66}; os fármacos psicoestimulantes, liderados pelo metilfenidato, funcionam como simpáticomiméticos similares às catecolaminas endógenas; sucintamente, atuam aumentando a disponibilidade de dopamina e noradrenalina através do bloqueio da sua recaptação.

O facto de existirem preocupações associadas aos efeitos destas drogas, particularmente se utilizadas em idades muito precoces, fez com que se ponderasse o seu risco-benefício e, frequentemente, se considerasse que as consequências a longo prazo ultrapassassem os seus efeitos terapêuticos ^{16 65}. Neste sentido, e tendo em conta a influência que o contexto relacional e educacional abarca para a perpetuação de sintomas e para o prognóstico da criança, já discutido anteriormente, desenvolveu-se um interesse crescente nas abordagens não farmacológicas para a PHDA.

A intervenção psicossocial engloba programas para pais, intervenção nas dinâmicas familiares e na relação pais-criança, programas de intervenção na escola e na sala de aula, entre vários outros.

A NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) ⁶⁷ preconiza nas suas guidelines que os programas de 'training'/educação de pais realizados em grupo, devem ser, na generalidade dos casos, o tratamento de primeira linha para pais e cuidadores de crianças em idade pré-escolar e escolar e jovens com PHDA e comprometimento a nível funcional e/ou social. Estes programas podem contemplar ainda o tratamento psicológico em grupo (terapia comportamental cognitiva e / ou treino de competências sociais) para as crianças mais novas. Para os grupos etários mais velhos, o tratamento psicológico individual pode ser mais benéfico se as abordagens comportamentais ou psicológicas de grupo não tiverem sido eficazes ou tiverem sido recusadas. Estes devem, ainda assim, contemplar o envolvimento de ambos os pais e do jovem.

O tratamento farmacológico será a segunda linha para crianças e jovens com PHDA e níveis moderados de comprometimento funcional e/ou social, mas nunca para as crianças ainda em idade pré-escolar. Este deve ser reservado para aqueles com sintomas graves ou níveis moderados de incapacidade que recusaram as intervenções não farmacológicas ou cujos sintomas não tenham respondido suficientemente aos programas de formação/educação dos pais ou tratamentos psicológicos de grupo ⁶⁸.

No desenvolvimento mais recente de estudos sobre intervenções multimodais, que combinam as terapêuticas psicofarmacológicas e as psicossociais, há evidências que sugerem que os resultados a nível funcional (atividades de vida diária, relação entre os pares, sucesso académico) mais do que a nível sintomático, tendo por base a classificação DSM, parecem ser mais benéficos a longo prazo. Os estudos sugerem genericamente que as intervenções em

crianças com distúrbios comportamentais disruptivos que incluem uma combinação das componentes farmacológica e psicossocial provavelmente serão mais eficazes na redução de comportamentos disruptivos na criança do que as intervenções que abrangem apenas uma delas⁶⁹.

A combinação dos dois tipos de intervenção tem particular vantagem pela redução da dose da medicação e do tempo despendido pelos pais e professores nas sessões de gestão comportamental⁷⁰.

O estudo MTA (The Multimodal Treatment Study of Children with ADHD) iniciado em 1992 é um estudo longitudinal que acompanhou 579 crianças ao longo de 8 anos, com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos de idade, e que comparou os resultados de três tipos de intervenção: comportamental intensiva; psicofarmacológica isolada e a combinação das duas intervenções. Foi feita uma distribuição randomizada das crianças para cada um dos grupos de intervenção. Concluiu-se que houve maior melhoria clínica no grupo de terapia de combinação (terapia comportamental associada a medicação). O tratamento médico isoladamente pareceu significativamente mais eficaz no tratamento dos sintomas principais da PHDA⁶⁴.

Numa revisão sistemática alargada sobre esta temática⁷¹, a terapia cognitivo-comportamental surge como a abordagem psicológica mais eficaz tanto no tratamento da PHDA como da ansiedade e depressão, co morbilidades frequentemente presentes nestes doentes e com importante repercussão funcional nas atividades diárias.

As crianças desenvolvem-se em contextos múltiplos, sendo os dois mais importantes a casa e a escola. Portanto, idealmente, os tratamentos devem ser implementados nestes ambientes e levar em consideração os diferentes fatores de risco e/ou proteção que existem em qualquer um deles⁷².

As dificuldades destas crianças no domínio académico prendem-se sobretudo com a sua incapacidade de concentração (relacionada com o défice de atenção) e com o comportamento hiperativo e impulsivo na sala de aula, que compromete a sua apreensão dos conteúdos. Porque é na escola que estas crianças passam a maior parte do seu tempo, não pode ser desconsiderada a sua importância como um dos principais alvos na implementação de estratégias terapêuticas.

Algumas técnicas que podem ser utilizadas de forma a promover as competências de crianças com PHDA, implementadas em ambiente escolar, podem ser: o aumento do nível de conhecimento dos professores acerca da perturbação, de forma a mais adequadamente responderem às solicitações e necessidades destas crianças; o estreitamento da relação família-escola, de forma a otimizar a estratégias terapêuticas; organização da sala de aula (do próprio espaço, para reduzir os elementos de distração durante a aula, atribuição de tarefas com um nível de exigência adequado às suas capacidades de forma a melhorar a integração do aluno, feedback imediato, mais frequente e específico e de forma continuada e promoção da motivação destes alunos solicitando participações ativas e frequentes); promoção de momentos de atividade física, preferencialmente durante a manhã; apoio de recursos tecnológicos (por ex. computador), pela organização do conteúdo e pelo feedback imediato que desenvolve competências na resolução de problemas, entre outras estratégias. Além do controlo dos comportamentos das crianças com PHDA, o principal objetivo consiste na integração destas crianças nas atividades académicas, colaborando no seu sucesso escolar sem comprometer a sua autoestima⁷³.

Recentemente foi desenvolvida pelo National Institute of Health Research (NHS) ⁷⁴ uma ampla revisão que sintetizou estudos abrangendo 32 anos de pesquisa sobre a eficácia de intervenções não-farmacológicas que visam crianças com ou com risco de PHDA em ambientes escolares. Globalmente, os resultados fornecem suporte para os efeitos benéficos das intervenções não-farmacológicas, enfatizando a sua importância nos sintomas com maior impacto no desempenho, comportamento e *outcome* escolar. Foram observados efeitos positivos através de avaliações relativamente objetivas (incluindo avaliações neurocognitivas e testes com critérios objetivos de desempenho) e para algumas medidas baseadas na percepção do professor, sendo sublinhada a relevância da implementação destes programas em ambiente escolar. A compreensão da posição dos responsáveis pela educação destas crianças na aceitação e potencial aplicação destas intervenções é fundamental, uma vez dela depende o seu papel como facilitadores ou obstáculos à implementação e eficácia destas intervenções.

É de destacar, também, o impacto na relação com os pares, deste género de intervenções, desenvolvidas em ambiente escolar. A implementação destes programas na escola pode de alguma forma influenciar a maneira como os colegas se posicionam relativamente à doença e mesmo concebem a PHDA como um “problema”, o que resulta muitas vezes na estigmatização destes jovens. Perante este facto, não podemos deixar de nos questionar sobre a maior vantagem de individualizar as intervenções.

Estudos recentes sugerem um papel muito promissor destes programas no controlo dos sintomas e melhoria dos resultados funcionais, académicos e sociais; as intervenções psicossociais em crianças com PHDA mostram um efeito positivo em funções executivas específicas, das quais se destacam melhorias significativas na memória visuoespacial e no planeamento de tarefas no grupo de crianças intervencionadas ⁷⁵.

Verificaram-se também melhorias das competências matemáticas e linguísticas, com resultados preservados ao longo do tempo. Além disso, observou-se redução significativa dos problemas de ansiedade e conduta antissocial, que se mantiveram após terminar o período de intervenção ⁷⁶.

A variabilidade dos terapeutas, bem como as dificuldades que os pais podem enfrentar na garantia de participação nas sessões são alguns dos desafios que tornam intervenções comportamentais mais difíceis de sustentar. Este tipo de terapêuticas está em constante ampliação com novas estratégias e metodologias, podendo revelar-se no futuro mais eficaz do que anteriormente ⁷⁷.

PROGRAMAS DE FORMAÇÃO DOS PAIS (TREINO PARENTAL)

A importância de envolver os pais na educação dos seus filhos tem recebido grande atenção nas últimas décadas. Acredita-se que a participação ativa dos pais na escola tenha efeitos positivos sobre as crianças, pais e professores e que a participação dos pais está relacionada com uma melhor progressão a nível académico, diminuição de problemas disciplinares e do absentismo escolar, melhoria da autoestima e capacidades sociais e aperfeiçoamento dos hábitos de estudo e atitudes em relação à escola ⁷⁸.

Este envolvimento assenta em vários princípios, sendo os principais: oferta à criança de resultados mais imediatos, enfatizando as consequências das suas ações; desenvolvimento de soluções mais palpáveis para os problemas; promoção da consistência das atitudes e destaque dos atos em prol das palavras; planificação antecipada de como agir em situações problemáticas, entre outros ⁷³.

É de vital importância para o pai ser capaz de se adaptar à criança que tem. A probabilidade de distúrbios comportamentais surgirem em crianças é limitada por estratégias que aumentam a segurança da criança. A responsabilização da criança pelos seus atos através do estímulo da percepção das consequências que deles advêm, consegue ampliar a sensibilidade da criança em relação aos sentimentos e necessidades dos outros ⁷⁹.

Uma criança em idade escolar reage melhor às intervenções de formação dos pais se complementadas com sessões de gestão comportamental para que possa compreender o controlo das suas ações. Os tratamentos comportamentais para crianças mais novas devem incluir consequências tangíveis e apresentadas imediatamente após o seu comportamento, pois isso permite que a criança compreenda facilmente a conexão entre as suas atitudes e os resultados correspondentes. Dado o papel central do autocontrolo no desenvolvimento de problemas comportamentais em crianças com PHDA é primordial apoiar e auxiliar os pais de crianças com PHDA de forma a promover esta autorregulação.

A intervenção parental focaliza-se nos pais e na modificação das suas interações com os filhos. Se entendidas do ponto de vista terapêutico implicam a mudança das práticas educativas parentais com o principal objetivo de resolução de problemas comportamentais dos filhos. Direccionam-se particularmente para pais de crianças que apresentam um problema específico, com necessidades especiais a nível emocional ou físico, ou pais que evidenciam má conduta (austera, punidora, abusiva ou negligente) ⁸⁰.

O treino parental aborda a questão dos problemas dos pais diretamente trabalhando com estes para permitir que modifiquem e aperfeiçoem as suas competências parentais no tratamento centrado na criança. Esta intervenção é indireta, incentivando os pais a aumentar um contato positivo na relação pai-filho e ensinando estratégias específicas para lidar com comportamentos problemáticos. Desde a sua introdução na década de 1960, a formação de pais tem expandido para abordar baixa autoestima, depressão, isolamento social e dificuldades conjugais nos progenitores de crianças com baixo desempenho escolar ⁷².

Os programas “Anos Incríveis”, desenvolvido por Carolyn Webster-Stratton em Seattle, são programas de intervenção baseados em evidência, direcionados para pais, para educadores e para a criança ⁸¹. Os principais objetivos destas intervenções passam pela promoção da competência social, emocional e académica das crianças além da prevenção e redução de problemas de comportamento, precoce e eficientemente. Utilizam uma abordagem centrada na promoção de práticas educativas positivas, aumentando as competências parentais e,

consequentemente, a colaboração e obediência da criança, enfatizando a autoconfiança e segurança dos pais. Promove igualmente a vinculação entre pais e filhos e o desenvolvimento da linguagem e das capacidades sociais e emocionais da criança, uma vez que reduz as estratégias parentais negativas, sustentadas na crítica e violência, e as substitui por estratégias positivas, ampliando a rede de suporte familiar.

Diversas revisões sistemáticas fornecem atualmente evidências da eficácia de programas de formação parental em grupo, com benefício das práticas educativas desses mesmos pais e mesmo com influência positiva ao nível da sua saúde mental e do desenvolvimento social e emocional dos seus filhos. A gravidade, à partida, do comportamento da criança revelou ser o mais forte preditor dos efeitos desta intervenção, com resultados superiores nos casos mais severos ⁸².

Existe uma grande base de evidência da eficácia destes programas, avaliada num grande número de estudos que demonstram uma redução nos sintomas de PHDA, melhoria das competências parentais e diminuição dos níveis de stress familiar (até pela construção de um sentimento de confiança dos pais). Pensa-se que possa ter um efeito positivo sobre as dificuldades experimentadas pelas crianças com PHDA, particularmente em termos de comportamento geral. No entanto, os dados relativos ao comportamento específico da PHDA são mais ambíguos ^{83 84}. A formação dos pais mostrou-se mais eficaz para crianças mais novas com problemas relacionados com o cumprimento e seguimento de regras assim como com comportamento desafiante e agressivo ^{72 85}.

Verificou-se também que os programas de terapia comportamental envolvendo ambos os pais foi mais eficaz para os pais mais jovens do que para os mais velhos. Além disso, os resultados mostraram que a eficiência do treino de gestão comportamental dos pais em crianças com PHDA era independente da educação dos pais ⁸⁶.

Comparando os efeitos da atomoxetina e do treino parental isoladamente e usados em combinação no tratamento de crianças com PHDA e autismo, concluiu-se que embora os achados não corroborassem a hipótese de que a combinação do treino parental e atomoxetina seria mais eficaz do que qualquer um destes isoladamente, foi obtido um benefício considerável do treino parental. É ainda enfatizado que as intervenções psicossociais tenham um impacto na redução de sintomas associados a estes distúrbios ⁸⁷.

A análise desenvolvida por uma aluna de psicologia da Universidade Nova de Lisboa, que consistiu no estudo de uma Proposta de Construção de um Programa de Formação de Pais, teve por base conversas orientadas para o desenvolvimento de soluções centradas nas potencialidades parentais dos pais de crianças com diagnóstico de PHDA. Foi estimulada a perceção positiva relativamente a este tipo de intervenções em pais que, muitas das vezes, se culpabilizam e questionam as suas competências e que se sentem julgados e estigmatizados pela sociedade. Esta abordagem permitiria que se valorizassem as competências já presentes e o reforço das capacidades destes pais como educadores. Inicialmente foi notado que, durante a entrevista, os pais eram capazes de identificar em si recursos e estratégias para ajudar os filhos a controlar o comportamento e indicar a necessidade de estabelecer limites e de serem consistentes no modo de aplicar regras, de forma a serem bem-sucedidos. No desenvolver da entrevista foi percebido que os pais consideravam a medicação como ajuda imprescindível na gestão e controlo comportamental e fator fundamental para as crianças realizarem aprendizagens bem-sucedidas ⁸⁸.

Parece legítimo inferir que a intervenção precoce sob a forma de formação dos pais pode contribuir para a melhoria do prognóstico da doença. Ao avaliar uma criança com PHDA, torna-se crucial identificar os tipos predominantes de práticas parentais que podem direcionar as intervenções terapêuticas. As evidências supramencionadas sublinham a necessidade de recomendar programas de treino parental que melhorem não só as competências parentais mas também a sua perceção sobre a doença.

É nesta linha de pensamento que parece urgente a implementação de programas que permitam reforçar a ideia de que os próprios pais juntamente com as crianças possuem ferramentas valiosas no desenvolvimento de competências capazes de otimizar o padrão comportamental da criança e melhorar o seu desenvolvimento a nível académico, social e emocional, sem recorrer a estratégias externas, como é o caso da medicação.

CONCLUSÃO

Desde a década de 1970 que a abordagem da PHDA tem sido alvo de controvérsia, envolvendo profissionais de saúde, pais, encarregados de educação e a comunicação social. As opiniões sobre a PHDA vão desde a descrença na sua existência até à crença de que a doença realmente exista e que tenha uma clara base genética e fisiológica.

Apesar da multiplicidade de agentes farmacológicos para o tratamento da PHDA, restam ainda muitas dúvidas acerca do algoritmo terapêutico capaz de oferecer o benefício clínico mais eficaz e com o menor risco de efeitos colaterais. A medicação psicoestimulante pode efetivamente ter um importante lugar no tratamento dos sintomas a curto-prazo mas mais dificilmente este benefício é sustentado *à la longue* ⁷².

Mais importante ainda, é preciso considerar o papel que as características do contexto familiar e as particularidades dos diversos estilos parentais abarcam nas práticas educativas destas crianças e se traduzem no risco que estas tem de desenvolver distúrbios comportamentais ou mesmo agravar os sintomas após o seu diagnóstico. A avaliação de uma criança com PHDA não pode deixar de parte a análise do seu ambiente educacional para que possam ser direcionadas intervenções terapêuticas que, doutra forma, passariam despercebidas.

É hoje mais evidente que a intervenção comportamental em ambiente escolar mas particularmente em casa tem impacto no prognóstico da criança com PHDA. A interação pais-criança é um fator significativo na saúde mental infantil e os problemas relacionados à sua disrupção são muito frequentes. É também indo de encontro às necessidades destas famílias, e não desconsiderando o stress que a PHDA acarreta no seio familiar, que a implementação de programas de formação/treino parental tem uma importância primordial. A participação dos pais em intervenções de educação parental é geralmente acompanhada por alterações consideráveis até na maneira como estes percecionam o seu papel e disponibilidade de resposta às necessidades dos seus filhos, entendendo esta experiência como globalmente muito positiva ⁸⁹.

Pretende-se que a intervenção na PHDA se transforme num trabalho colaborativo, educando os pais, partilhando soluções e experiências e estimulando a interação entre pais e filhos, salientando que muito do que se espera da mudança no comportamento da criança com PHDA depende de ferramentas intrínsecas a ambas as partes desta interação ⁸⁸.

Considerando as comorbidades físicas e psicológicas, bem como os custos individuais, sociais e de saúde associados a esta doença ⁹⁰, é imprescindível melhorar a formação e sensibilizar os médicos para os sintomas de PHDA ao avaliar pessoas que procuram tratamento para vários distúrbios.

A disponibilização de programas de intervenção psicossocial em contexto familiar deve ser, assim, acompanhada da orientação de profissionais qualificados para este efeito e paralelamente à criação de estruturas especializadas nesta área de estudo, para otimização da sua eficácia a longo prazo. Os programas parentais baseados em evidência podem ser implementados com sucesso em grande escala em contextos comunitários ⁸².

A disseminação de intervenções comportamentais de forma mais generalizada nos ambientes escolares é uma consideração urgente e dependerá de decisões e políticas que enfatizem o financiamento da saúde mental escolar ⁹¹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pereira, M. & Medeiros, M. PHDA : O que Há de Novo no DSM -. *Rev. Port. Pedagog.* **49**, 75–94 (2015).
2. Cunill, R. & Castells, X. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Med. Clin. (Barc)*. **144**, 370–375 (2014).
3. Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. & Rohde, L. A. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am. J. Psychiatry* **164**, 942–948 (2007).
4. Doernberg, E. & Hollander, E. Neurodevelopmental Disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. *CNS Spectr.* 1–5 (2016). doi:10.1017/S1092852916000262
5. Martinez-Badia, J. & Martinez-Raga, J. Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World J. psychiatry* **5**, 379–386 (2015).
6. Novais, R. PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA) : EX- CESSO DE DIAGNÓSTICOS ? **2**, 40–41 (2014).
7. Coon, E. R., Quinonez, R. A., Moyer, V. A. & Schroeder, A. R. Overdiagnosis: How Our Compulsion for Diagnosis May Be Harming Children. *Pediatrics* **134**, 1013–1023 (2014).
8. Albrecht, B., Uebel-von Sandersleben, H., Gevensleben, H. & Rothenberger, A. Pathophysiology of ADHD and associated problems—starting points for NF interventions? *Front. Hum. Neurosci.* **9**, 359 (2015).
9. Sharma, A. & Couture, J. A Review of the Pathophysiology, Etiology, and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Ann. Pharmacother.* **48**, 209–225 (2014).
10. Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R. & Stergiakouli, E. What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Arch. Dis. Child.* **97**, 260–265 (2012).
11. Singh, A., Yeh, C. J., Verma, N. & Das, A. K. Overview of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Young Children. *Heal. Psychol. Res.* **3**, 2115 (2015).
12. Altink, M. E. *et al.* The dopamine receptor D4 7-repeat allele influences neurocognitive functioning, but this effect is moderated by age and ADHD status: an exploratory study. *world J. Biol. psychiatry* **13**, 293–305 (2012).
13. Leung, P. W. *et al.* Family-based association study of DRD4 gene in methylphenidate-responded Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *PLoS One* **12**, e0173748 (2017).
14. Sánchez-Mora, C. *et al.* Dopamine receptor DRD4 gene and stressful life events in persistent attention deficit hyperactivity disorder. *Am. J. Med. Genet. Part B Neuropsychiatr. Genet.* **168**, 480–491 (2015).
15. Thapar, A. & Cooper, M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet* **387**, 1240–1250 (2016).
16. Botanas, C. J. *et al.* Rearing in an enriched environment attenuated hyperactivity and inattention in the Spontaneously Hypertensive Rats, an animal model of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Physiol. Behav.* **155**, 30–37 (2016).
17. Froehlich, T. E. *et al.* Update on Environmental Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Curr. Psychiatr.* **13**, 333–344 (2012).
18. Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D. & Coghill, D. Prenatal Risk Factors and the Etiology

- of ADHD—Review of Existing Evidence. *Curr. Psychiatry Rep.* **19**, 1 (2017).
19. Yolton, K. *et al.* Exposure to neurotoxicants and the development of attention deficit hyperactivity disorder and its related behaviors in childhood. *Neurotoxicol. Teratol.* **44**, 30–45 (2014).
 20. Zhu, J. L. *et al.* Parental Smoking During Pregnancy and ADHD in Children: The Danish National Birth Cohort. *Pediatrics* **134**, e382–e388 (2014).
 21. Tiesler, C. M. T. & Heinrich, J. Prenatal nicotine exposure and child behavioural problems. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* **23**, 913–929 (2014).
 22. Polańska, K., Jurewicz, J. & Hanke, W. Exposure to environmental and lifestyle factors and attention-deficit / hyperactivity disorder in children - a review of epidemiological studies. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* **25**, 330–55 (2012).
 23. Tarver, J., Daley, D. & Sayal, K. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): An updated review of the essential facts. *Child. Care. Health Dev.* **40**, 762–774 (2014).
 24. Hvolgaard Mikkelsen, S., Olsen, J., Bech, B. H. & Obel, C. Parental age and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Int. J. Epidemiol.* dyw073 (2016). doi:10.1093/ije/dyw073
 25. Konikowska, K., Regulaska-Ilow, B., Rozanska, D. & Department of Dietetics, Wroclaw Medical University, P. The influence of diet on the symptoms of ADHD in children. *Rocz Panstw Zakl Hig* **63**, 127–134 (2012).
 26. Yu Ching-Jung, Du Jung-Chieh, Chiou Hsien-Chih, F. C.-C. *et al.* Sugar-Sweetened Beverage Consumption Is Adversely Associated with Childhood Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **13**, 678 (2016).
 27. Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S. & Brooks, D. ADHD: does parenting style matter? *Clin. Pediatr. (Phila)*. **47**, 865–872 (2008).
 28. T.D., B. & F., M. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr. Int. J. Paediatr.* **96**, 1269–1274 (2007).
 29. Ni, H. C. & Gau, S. S. F. Co-occurrence of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms with other psychopathology in young adults: Parenting style as a moderator. *Compr. Psychiatry* **57**, 85–96 (2015).
 30. van Lier, P. A. C., van der Ende, J., Koot, H. M. & Verhulst, F. C. Which better predicts conduct problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence. *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.* **48**, 601–608 (2007).
 31. Flouri, E., Midouhas, E., Ruddy, A. & Moulton, V. The role of socio-economic disadvantage in the development of comorbid emotional and conduct problems in children with ADHD. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* (2017). doi:10.1007/s00787-017-0940-z
 32. Pires, T. D. O., da Silva, C. M. F. P. & de Assis, S. G. Association between family environment and attention deficit hyperactivity disorder in children--mothers' and teachers' views. *BMC Psychiatry* **13**, 215 (2013).
 33. Crea, T. M., Chan, K. & Barth, R. P. Family environment and attention-deficit/hyperactivity disorder in adopted children: Associations with family cohesion and adaptability. *Child. Care. Health Dev.* **40**, 853–862 (2014).

34. Dadashzadeh, H., Amiri, S., Atapour, A., Abdi, S. & Asadian, M. Personality profile of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *ScientificWorldJournal*. **2014**, 212614 (2014).
35. Braga, A. Estilos Parentais dos Pais de Crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. 130 (2011).
36. Donath, C., Graessel, E., Baier, D., Bleich, S. & Hillemacher, T. Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? **14**, 1–13 (2014).
37. Chang, L. R., Chiu, Y. N., Wu, Y. Y. & Gau, S. S. F. Father's parenting and father-child relationship among children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Compr. Psychiatry* **54**, 128–140 (2013).
38. Storebo, O. J., Darling Rasmussen, P. & Simonsen, E. Association Between Insecure Attachment and ADHD: Environmental Mediating Factors. *J. Atten. Disord.* 1087054713501079- (2013). doi:10.1177/1087054713501079
39. Cussen, A., Sciberras, E., Ukoumunne, O. C. & Efron, D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: A community-based study. *Eur. J. Pediatr.* **171**, 271–280 (2012).
40. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, Regina Luisa de Freitas Marino, L. R. R. C. Associations between Inadequate Parenting Practices and Behavioral Problems in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Sci. World J.* **2015**, 683062 (2015).
41. Alizadeh, H., Applequist, K. F. & Coolidge, F. L. Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abus. Negl.* **31**, 567–572 (2007).
42. Sari Gokten, E., Saday Duman, N., Soylu, N. & Uzun, M. E. Effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* **62**, 1–9 (2016).
43. Zisser, A. R. & Eyberg, S. M. Maternal ADHD: Parent-Child Interactions and Relations With Child Disruptive Behavior. 33–52 (2012). doi:10.1080/07317107.2012.654450
44. Collection, S. HHS Public Access. **8**, 583–592 (2016).
45. Gau, S. S. F. & Chang, J. P. C. Maternal parenting styles and mother-child relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Res. Dev. Disabil.* **34**, 1581–1594 (2013).
46. Gomez-Benito, J., Van de Vijver, F. J. R., Balluerka, N. & Caterino, L. Cross-Cultural and Gender Differences in ADHD Among Young Adults. *J. Atten. Disord.* 1087054715611748 (2015). doi:10.1177/1087054715611748
47. Musser, E. D., Karalunas, S. L., Dieckmann, N., Peris, T. S. & Nigg, J. T. Attention-deficit/hyperactivity disorder developmental trajectories related to parental expressed emotion. *J. Abnorm. Psychol.* **125**, 182–195 (2016).
48. Kepley, O. & Ostrander, R. Family characteristics of anxious ADHD children: preliminary results. *J. Atten. Disord.* **10**, 317 (2007).
49. Rajendran, K., Kruszewski, E. & Halperin, J. M. Parenting style influences bullying: a longitudinal study comparing children with and without behavioral problems. *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.* **57**, 188–195 (2016).

50. Acar, E. *et al.* Unintentional Injuries in Preschool Age Children. *Medicine (Baltimore)*. **94**, e1378 (2015).
51. Fearon, R. M. P. *et al.* HHS Public Access. *Dev. Psychopathol.* **27**, 1251–1265 (2015).
52. Bhide, S., Sciberras, E., Anderson, V., Hazell, P. & Nicholson, J. M. Association Between Parenting Style and Socio-Emotional and Academic Functioning in Children With and Without ADHD: A Community-Based Study. *J. Atten. Disord.* 1087054716661420 (2016). doi:10.1177/1087054716661420
53. Mulligan, A. *et al.* NIH Public Access. **39**, 202–212 (2014).
54. Cunningham. A family centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention-deficit hyperactivity. *J. Pediatr. Psychol.* **32**, 676–694 (2007).
55. Cappe, E., Bolduc, M., Rougé, M.-C., Saiag, M.-C. & Delorme, R. Quality of life, psychological characteristics, and adjustment in parents of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Qual. life Res. an Int. J. Qual. life Asp. Treat. care Rehabil.* 2016 (2016). doi:10.1007/s11136-016-1446-8
56. Gau, S. S. hyperactivity disorder in Taiwanese children. (2007).
57. Laugesen, B. *et al.* Living with a child with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Int. J. Evid. Based. Healthc.* 1–16 (2016). doi:10.1097/XEB.0000000000000079
58. Pessoa, U. F. Cláudia Teresa Porém Luís Carvalho. (2013).
59. Ho, S.-W. C., Chien, W. T. & Wang, L.-Q. Parents' perceptions of care-giving to a child with attention deficit hyperactivity disorder: An exploratory study. *Contemp. Nurse* **40**, 41–56 (2011).
60. Peters, K. & Jackson, D. Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *J. Adv. Nurs.* **65**, 62–71 (2009).
61. Sciberras, E., Ukoumunne, O. C. & Efron, D. Predictors of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder in children aged 6-7 years: A national longitudinal study. *J. Abnorm. Child Psychol.* **39**, 1025–1034 (2011).
62. Heikamp, T., Trommsdorff, G., Druet, M. D., Hübner, R. & Von Suchodoletz, A. Kindergarten children's attachment security, inhibitory control, and the internalization of rules of conduct. *Front. Psychol.* **4**, 1–11 (2013).
63. Martinez-Raga, J., Ferreros, A., Knecht, C., de Alvaro, R. & Carabal, E. Attention-deficit hyperactivity disorder medication use: factors involved in prescribing, safety aspects and outcomes. *Ther. Adv. Drug Saf.* 2042098616679636- (2016). doi:10.1177/2042098616679636
64. Briars, L. & Todd, T. A Review of Pharmacological Management of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Pediatr Pharmacol Ther* **2121**, 192–206 (2016).
65. Groenman, A. P., Schwen, L. J. S., Dietrich, A. & Pieter, J. An update on the safety of psychostimulants for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: Expert Opinion on Drug Safety: Vol 0, No ja. *Expert Opin. Drug Saf.* **0**, 1–10 (2017).
66. Machado, F. S. N. *et al.* Methylphenidate use in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Rev. Saude Publica* **49**, 10–14 (2015).

67. National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder : diagnosis and management. *NICE Guidel.* 41 (2008). doi:978-1-4731-1674-0
68. Graham, P. & People, Y. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder The NICE Guideline on Diagnosis and Management. National Clinical Practice Guideline* **2009**, (2009).
69. R, E. *et al.* Psychosocial and Pharmacological Interventions for Disruptive Behavior in Children and Adolescents. (2015).
70. Duric, N. S., Assmus, J., Gundersen, D., Duric Golos, A. & Elgen, I. B. Multimodal treatment in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a 6-month follow-up. *Nord. J. Psychiatry* **0**, 1–9 (2017).
71. Vidal-Estrada, R. *et al.* Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr Actas Esp Psiquiatr Actas Esp Psiquiatr* **404040**, 147–54147 (2012).
72. Young, S. & Myanthi Amarasinghe, J. Practitioner Review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.* **51**, 116–133 (2010).
73. Rita, A. & Júlio, P. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra Representações acerca da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção E DUCAÇÃO – U NIVERSIDADE DE C OIMBRA Representações acerca da Perturbação de Hiperatividade e Déficit . (2009).
74. Richardson, M. *et al.* Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: Systematic reviews of quantitative and qualitative research. *Health Technol. Assess. (Rockv).* **19**, (2015).
75. Miranda, A., Presentación, M. J., Siegenthaler, R. & Jara, P. Effects of a psychosocial intervention on the executive functioning in children with ADHD. *J. Learn. Disabil.* **46**, 363–76 (2013).
76. Herrero, M. J. P., Hierro, R. S., Jiménez, P. J. & Casas, A. M. Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema* **22**, 778–783 (2010).
77. Rajeh, A., Amanullah, S., Shivakumar, K. & Cole, J. Interventions in ADHD: A comparative review of stimulant medications and behavioral therapies. *Asian J. Psychiatr.* **25**, 131–135 (2017).
78. Sheridan, S. M. & Kratochwill, T. R. Behavioral parent-teacher consultation: Conceptual and research considerations. *J. Sch. Psychol.* **30**, 117–139 (1992).
79. Thompson, M. J. J. *et al.* Adapting an attention-deficit hyperactivity disorder parent training intervention to different cultural contexts: The experience of implementing the New Forest Parenting Programme in China, Denmark, Hong Kong, Japan, and the United Kingdom. *PsyCh J.* **6**, 83–97 (2017).
80. Roberto, T. Aprender para ajudar - PHDA. 1–20 (2013).
81. Snow, C. & Beals, D. E. . Mealtime talk that supports literacy development. *New Dir. Child Adolesc. Dev.* 83–97 (2007). doi:10.1002/cad
82. Lindsay, G., Strand, S. & Davis, H. A comparison of the effectiveness of three parenting programmes in improving parenting skills, parent mental-well being and children's behaviour when implemented on a large scale in community settings in 18 English local

- authorities: the parenting early i. *BMC Public Health* **11**, 962 (2011).
83. Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A. & Dennis, J. A. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst. Rev.* CD003018 (2011). doi:10.1002/14651858.CD003018.pub3
 84. LaForett, D., Jones, H. & Thorgaard, C. Review: insufficient evidence available on parent training programmes for ADHD in children. *Evid. Based. Ment. Health* **15**, 73 (2012).
 85. Rimestad, M. L., Lambek, R., Zacher Christiansen, H. & Hougaard, E. Short- and Long-Term Effects of Parent Training for Preschool Children With or at Risk of ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Atten. Disord.* 1087054716648775 (2016). doi:10.1177/1087054716648775
 86. Mohammadi, M. R. & Soleimani, A. A. A Comparison of Effectiveness of Parent Behavioral Management Training and Methylphenidate on Reduction of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. (2015).
 87. Smith, T. *et al.* Atomoxetine and Parent Training for Children With Autism and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A 24-Week Extension Study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **55**, 868–876.e2 (2016).
 88. Malaca, I. Hiperatividade com Défice de Atenção: Que Soluções? Proposta de Construção de um Programa de Formação de Pais. 78 (2008).
 89. Abreu-Lima, I. *et al.* Avaliação de Intervenções de Educação Parental. 112 (2010).
 90. Doshi, J. A. *et al.* Economic impact of childhood and adult attention-deficit/hyperactivity disorder in the United States. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **51**, 990–1002 (2012).
 91. Pfiffner, L. J. *et al.* A Randomized Controlled Trial of a School-Implemented School-Home Intervention for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Impairment. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **55**, 762–770 (2016).
 92. American Psychiatric Association. DSM-5 Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Fact Sheet. *Am. Psychiatr. Publ.* 1–2 (2013). doi:10.1016/j.medcli.2014.02.025

ANEXOS

Anexo 1.

CrITÉRIOS de diagnóstico (DSM-V) ⁹²

A. Padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento, caracterizado por (1) e/ou (2)

1. Desatenção: 6 (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram pelo menos durante 6 meses num grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem impacto negativo direto nas atividades sociais e académicas/ocupacionais.

Nota. Os sintomas não são manifestação de comportamento de oposição, desafio, hostilidade ou falhas na compreensão de tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos e mais), são necessários pelo menos 5 sintomas

a. Frequentemente, falha em prestar atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades (por exemplo, negligencia ou perde pormenores, o trabalho é impreciso).

b. Frequentemente, tem dificuldades em manter a atenção no desempenho de tarefas ou atividades (por exemplo, tem dificuldades em manter-se concentrado durante aulas, conversas ou leitura prolongada)

c. Frequentemente, parece não ouvir quando se lhe fala diretamente (por exemplo, parece estar com o pensamento noutro assunto, mesmo na ausência de uma distração óbvia)

d. Frequentemente, não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (por exemplo, inicia as tarefas, mas depressa perde a concentração e é facilmente desviado).

e. Frequentemente, tem dificuldades em organizar tarefas e atividades (por exemplo, dificuldade em gerir tarefas sequenciais, dificuldade em manter materiais e pertences em ordem; trabalho confuso e desorganizado; tem uma pobre gestão de tempo; falha em cumprir prazos).

f. Frequentemente, evita, não gosta ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (por exemplo, trabalho escolares ou de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparar relatórios, completar formulários, rever longos)

g. Frequentemente, perde objetos necessários para tarefas ou materiais escolares, lápis livros, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos, telemóveis)

i. Frequentemente, é facilmente distraído por estímulos alheios (para adolescentes mais velhos e adultos podem-se incluir pensamentos não relacionados).

j. Esquece-se com frequência das atividades quotidianas (por exemplo, efetuar tarefas, fazer recados; para adolescentes mais velhos e adultos, devolver chamadas, pagar contas, manter compromissos)

2. Hiperatividade e impulsividade: 6 (ou mais dos seguintes sintomas persistiram pelo menos 6 meses a um nível que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que te impacto negativo nas atividades sociais e académicas/ocupacionais.

Nota. Os sintomas não são manifestação de comportamento de oposição, desafio, hostilidade ou falhas na compreensão de tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos e mais), são necessários pelo menos 5 sintomas

- a. Frequentemente agita ou bate com as mãos ou os pés ou remexe-se quando está sentado.
- b. Frequentemente levanta-se em situações em que se espera que esteja sentado (por exemplo, levanta-se do seu lugar na sala de aula, no escritório ou noutro local de trabalho ou noutras situações que requerem permanecer sentado)
- c. Frequentemente, corre ou salta em situações em que é inadequado fazê-lo (Nota: em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentir-se inquieto)
- d. Frequentemente, é incapaz de jogar ou envolver-se com tranquilidade em atividades de lazer.
- e. Está frequentemente “em movimento” agindo como se estivesse “ligado a um motor” (por exemplo, sente-se desconfortável ou é incapaz de estar quieto por períodos extensos, como em restaurantes, encontros; pode ser experienciado por outros como estando impaciente ou com dificuldade em acompanhar)
- f. Frequentemente, fala em excesso.
- g. Frequentemente, precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado (por exemplo, completa as frases das pessoas, não consegue esperar pela sua vez de entrar na conversa)
- h. Frequentemente, tem dificuldade em esperar pela sua vez (por exemplo, enquanto espera numa fila)
- i. Frequentemente, interrompe ou interfere nas atividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar coisas das outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se ou assumir o controlo do que os outros estão a fazer)

B. Vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade impulsividade surgiram antes dos 12 anos de idade

C. Vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em 2 ou mais contextos (por exemplo, em casa, escola ou trabalho; com amigos ou familiares; noutras atividades)

D. Existem provas evidentes de que os sintomas interferem com, ou reduzem, a qualidade do funcionamento social, académico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outra perturbação psicótica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação do humor, perturbação de ansiedade, perturbação dissociativa, perturbação da personalidade, intoxicação ou abstinência de substâncias).

Especificar se:

314.01 (F90.2) Apresentação combinada. Se estão preenchidos o Critério A1 (desatenção) e Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) durante os últimos 6 meses

314.00 (F90.0) Apresentação predominantemente de desatenção. Se está preenchido o Critério A1 (desatenção) mas não o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) durante os últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade. Se está preenchido o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) mas não o Critério A1 (desatenção) durante os últimos 6 meses.